

# Bedre samhandling – er løsningen nye arenaer?

## Gunnar Vold Hansen og Helge Ramsdal

*Gunnar Vold Hansen, førsteamanuensis Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse- og sosialfag  
Helge Ramsdal, professor, Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse- og sosialfag*

### Abstract

*This article discusses the challenges facing service provision for people with simultaneous addiction and severe mental health problems (ROP-patients). Based on a mid-term evaluation of a project intended to improve collaboration and coordination of services for the patient group we discuss different approaches to analyse service organisations from an organisation theoretical perspective. One of the findings is that it will give new insights if approaching these challenges as “wicked problems”. Here we find that a non-linear approach, organised as an interaction between patients’ and professionals’ experience, data gathering and organisation analysis will offer a more comprehensive understanding on how to improve services than a linear, rational decision process.*

### Key words

*ROP-pasienter, samhandling, organiserings, «wicked problems».*

### Referee\*

### Innledning

En av de største utfordringer for samhandling i helse- og sosialsektoren er personer med såkalte ROP-lidelser - det vil si både alvorlige psykiske lidelser og omfattende rusproblem. (ROP = rus og psykiatri) (Helsedirektoratet 2012, WHO 2010). Tjenester til pasientgruppen tilbys både av spesialisttjenestene i rus og psykiatri, og en rekke kommunale tjenester i tillegg til NAV og fastlegene. Pasientgruppen har lenge vært ansett som en av de mest utfordrende i helse- og sosialtjenestene. Dette skyldes blant annet at kunnskapsgrunnlaget om årsaker og effektive behandlingsformer for slike lidelser har vært ansett som usikkert og kontroversielt (Hannigan og Coffey 2011). Det har også vært en generell uenighet om hvorvidt ROP-pasienter «hører hjemme» i rus eller psykiatri/psykisk helsearbeid. I mange år har det vært en tendens til å spille svarte-per med disse pasientene mellom de to søylene i behandlingssystemet. En rekke helsepolitiske utredninger har pekt på behovet for bedre samordning og samarbeid mellom ulike instanser for å bedre tilbudet. Det har vært gjort et stort arbeid med å utvikle kompetanse og retningslinjer for pasientbehandlingen som tar

betydningen av samhandling på tvers av fag og tjenesteenheter som utgangspunkt (St.m. nr 25 1976 – 77, St.m. nr 47 2009 – 2010, IS-1948).

Selv om det i årevis har vært enighet om at det er et behov for samarbeid rundt denne målgruppen, så har det i liten grad vært enighet om hvordan man skal organisere dette samarbeidet. I denne artikkelen ser vi derfor nærmere på arbeidet med å utvikle og implementere en modell for forpliktende samarbeid på Romerike – "Romeriksprosjektet". Vi konkluderer med at både utvikling av modellen og implementering av den har vært positiv, og at det derfor er behov for å være bevisst på de mulighetene som ligger i en lokal utvikling av gode samarbeidsmodeller.

## Bakgrunn

Allerede på 1960-tallet startet man i flere land arbeidet med deinstitutionalisering innen psykiatrien (Nelson 2010). Det innebar at man også måtte utvikle former for ambulante og hjemmebaserte tjenester. Historisk har det vi i dag betegner som ROP-pasienter blitt behandlet både av spesialisttjenesten og i kommunale helse- og sosialtjenester. I spesialisttjenestene var det inntil sykehusreformen i 2002 et klart skille mellom rus- og psykiatritjenester. I kommunene var det et tilsvarende skille mellom sosialtjenester og rustjenester. Dette innebar at pasientgruppen ofte falt mellom stolene, eller ble kasteballer mellom rus og psykiatri. For ROP-pasienter var det tydelig at vanlige hjemmebaserte tjenester som man kjente fra eldreomsorgen ikke var tilfredsstillende. Etter hvert ble en opptatt av å etablere ulike tiltak og tjenester som også innbefattet denne pasientgruppen, bl.a. krav om individuelle planer (IP) og etablering av ansvarsgrupper (ansvarsgrupper er en felles møteplass for de tjenesteyterne som samarbeider om å yte de tjenestene som er beskrevet i IP'en, de møtes vanligvis 2 -4 ganger i året (Hansen 2007)). Brukerne hadde behov for helhetlige tjenester som var satt sammen av flere ulike tilbud. Slike tjenester ble etter hvert organisert etter to hovedmodeller. Den ene modellen, som gjerne ble betegnet som "case-management", gikk ut på å lage arenaer der personer fra ulike tjenester (psykisk helsearbeid, sosialtjeneste, rustjeneste, a-etat etc) kunne samarbeide om å gi et helhetlig og samordnet tjenestetilbud (Onyett 1997). Hvem som skulle delta i samarbeidet ble tilpasset behovene til hver enkelt bruker. Case-management kan derfor beskrives som en form for matriseorganisasjoner der man henter deltakere fra ulike driftsorganisasjoner både på kommune- og spesialistnivå og at disse samarbeider om et tjenestetilbud rundt pasienten, slik vi blant annet finner i ansvarsgrupper.

En alternativ modell var ACT-team (Stein & Santos 1998). Dette er faste team som settes sammen av personer med ulik kompetanse – i prinsippet den samme kompetansen som case-management. Disse personene hentes ikke fra ulike faste driftsorganisasjoner, men er rekruttert inn i teamet på heltid. En viktig egenskap ved ACT-teamene er det interne samarbeidet. Utfordringer som oppstår, forventes å bli løst ved at team-medlemmene i fellesskap finner frem til en løsning. Samarbeid skal på denne måten bidra til å utvikle kompetansen både hos hvert enkelt team-medlem og for teamet som helhet. ACT - teamet skal dessuten ha faste samarbeidsmøter vesentlig oftere enn andre team, gjerne hver dag (Aakerholt, 2013).

Utviklingen med ulike modeller bygget på forskjellige prinsipper har etter hvert reist spørsmålet om hvilken modell som er best. Cochrane gjennomgikk allerede i 1998 (Marshall & Lokwood, 1998, Marshall & al 1998) tilgjengelig forskning knyttet til ACT og

sammenlignet denne modellen med andre tilbud, blant annet case-management. Disse oppsummeringene konkluderte med at ACT bidro til reduserte ”drop-outs” fra behandlingen, og en fant en reduksjon i antall sykehusinnleggelser og liggedøgn pr. innleggelse. Man fant også at boligsituasjonen, andel i arbeid og pasienttilfredshet var bedre hos ACT-pasientene enn blant dem som mottok ordinære lokalbaserte tjenester. Cochrane fant ikke noen klar dokumentasjon på at livskvaliteten med ACT var bedre enn for andre tjenestetilbud. Dette kan skyldes at det er vanskelig å finne gode måleinstrumenter i en randomisert undersøkelse for slike kvalitative egenskaper. Andre og mer kvalitative undersøkelser finner at det er en klar sammenheng mellom det tjenestetilbudet som ACT-teamene yter og pasientenes livskvalitet (Leiphart & Barnes 2005, Krupa & al 2005, Killaspy & al 2006). Krupa & al (2005) viser at pasientene selv vurderer ACT modellen svært positivt. Det sentrale elementet i ACT er åpenbart relasjonene – pasientene opplever at de blir tatt vare på. ACT er en modell som ut fra pasientens syn hjelper dem til selv å møte en del av dagliglivets problemer og til å bli inkludert og akseptert i lokalsamfunnet. Lang & al (1999) konkluderer med at ACT ga best uttelling i forhold til bedret livskvalitet etter 3 år. Leiphart & Barnes (2005) trekker frem at pasientene opplever at de i større grad selv styrer tjenestetilbudet og at dette prioriteres mer i tråd med pasientenes ønsker enn andre tjenestetilbud de har mottatt. Bildet er riktignok ikke helt rosenrødt. Chinnan (1999) registrerer at den tette oppfølgingen fra ACT-teamene medfører at en del pasienter klager over at de opplever dette som en form for paternalisme.

Etter hvert har dette grunnlaget for å anbefale ACT-modellen blitt møtt med flere motforestillinger. Noen år etter publiseringen ble Cochrans materiale reanalyisert, samt at en inkluderte en del nye studier (Burns/Catty/Wright 2006). Her pekes det på flere problemstillinger knyttet til Cochrans studie. Det største problemet som det pekes på er det skarpe skillet mellom ACT og case-management. Som de sier: ”Defining treatment teams is not an exact science” (s 34). Dette blir ikke enklere av at Olliver & al (2005) viser at det en del tilfeller er sprik mellom den ACT-modellen de ulike teamene sier de følger og måten arbeidet faktisk utføres på. Burns & al (2002) viser også at det åpenbart er forskjeller mellom amerikansk og europeisk praksis. Forskjellene mellom effektivitet (definert som redusert liggetid) mellom amerikanske ACT-team og europeiske case-management-modeller kan derfor også forklares med generelle forskjeller mellom amerikansk og europeisk helsevesen. Data tyder etter hvert på at forskjellene mellom ACT-team og case-management-team er blitt mindre. Killaspy & al (2006) fant i sin randomiserte undersøkelse fra London ikke forskjell mellom ACT-team og ordinære lokalbaserte team på indikatorer som reinnleggelse på sykehus. Derimot fant de større grad av pasienttilfredshet og engasjement blant de som mottar tjenester fra ACT-teamene. Burns (2010) konkluderer sin gjennomgang av en rekke undersøkelser med at det ikke lenger er en dokumentasjon på at ACT-team er mer effektive enn andre team.

Vi er noe skeptiske til denne forestillingen om at det finnes en modell som er bedre enn andre. Selv om en modell i prinsippet overføres identisk fra en sammenheng til en annen, så er ofte suksess betinget av at modellen blir tilpasset den nye konteksten modellen settes inn i (Røvik 1998). Spørsmålet om hva som er best av de ulike modellene er derfor delvis erstattet av spørsmålet om hva som er suksessfaktorene ved ACT-teamene og hvordan man kan implementere disse faktorene også i andre sammenhenger. Burns (2010) mener at suksessfaktorene til ACT-team er knyttet blant annet til at teamene møtes ofte, de gir ambulante tjenester, de yter helhetlige tjenester, de er tverrfaglige og de har færre brukere å forholde seg til enn andre team. Dette hevder han er prinsipper som nå er tatt i bruk av andre team og det forklarer at man ikke lenger finner noen dokumentasjon på at ACT-team er bedre enn andre.

I prinsippet er det to hovedstrategier å velge mellom når man skal bestemme seg for hvordan tjenestene skal organiseres (Mintzberg 1994). Den ene er å lete blant eksisterende modeller og se om det er noen som kan benyttes her. Den andre er å ta utgangspunkt i hva man ønsker å oppnå med tjenestene og så sette sammen elementer som man har grunn til å tro ivaretar målsettingene i en egenutviklet modell. Prosjektet denne artikkelen tar utgangspunkt i bygger på en ambisjon om at man selv skal kunne utvikle en egen modell.

Utformingen av en samhandlingsmodell for å yte tjenester til ROP-brukere, må ta hensyn til at en grunnleggende utfordringen i tjenesteyting overfor ROP-pasienter er *kompleksiteten* i de lidelser og utfordringer pasientene møter i dagliglivet. De utfordringene en står overfor betegnes ofte som «wicked problems» (Rittel & Webber 1973). Dette er problemer der kunnskapsgrunnlaget er ufullstendig eller motstridende og der de ulike delproblemene er sammenvevd med andre delproblemer. Også mål og suksesskriterier er vanskelige å definere. Det er en rekke kjennetegn på "wicked problems". Her skal vi fokusere på at løsninger på "wicked problems" er ikke «riktige» eller «uriktige» i betydningen at man har løst problemet eller ikke. Snarere vil en kunne beskrive løsninger som bedre eller dårligere ved at problemet fremstår som økt eller redusert (Einstein 2007). Einstein (2007) kobler dette nettopp til ROP-lidelser. Han peker på at man her har et ufullstendig og diskutabelt kunnskapsgrunnlag, brukerne har en rekke delproblemer som griper inn i hverandre. Tiltakene som ytes fjerner sjelden utfordringene helt, men gjør situasjonen bedre eller dårligere for brukerne. Tjenestetilbudet må derfor tilpasses svingninger i brukerens situasjon (Norcross & Wampold 2011).

Hver enkelt bruker i denne målgruppen vil ha en unik kombinasjon av ulike lidelser, mål, utfordringer og ressurser. Med utgangspunkt i Rittel og Webber betyr det at beslutninger om hvilket tjenestetilbud som passer best til pasientens utfordringer bør være en unik og individuell prosess i hvert eneste tilfelle. Slike beslutningsprosesser vil i praksis være skrittvis eller sirkulære – såkalte inkrementelle beslutningsprosesser. Det innebærer at man velger ulike tiltak som man prøver ut og at man på bakgrunn av erfaringene med disse tiltakene lærer noe om hva fungerer og hva som ikke fungerer (March 1994). Erfaringene danner så grunnlag for nye tiltak som igjen skaper nye erfaringer som man på nytt kan lære av. En av utfordringene med den aktuelle brukergruppen er at både målsettinger, motivasjon, sykdomsforløp og behov endrer seg fort (IS-1948). Et av hovedmålene med Romeriksprosjektet var derfor at man skulle utvikle en ny samarbeidsmodell tilpasset denne målgruppen.

Vår antakelse var at en slik prosess måtte være inkrementell å bygge på at man her har å gjøre med "wicked problems". (For ordens skyld understreker vi at "wicked problems" beskriver utgangspunktet for en beslutningsprosess, ikke noe mer. Man må derfor ikke oppfatte dette som en betegnelse på brukergruppen). Problemstillingen i denne artikkelen er derfor om man kan utvikle hensiktsmessige samhandlingsmodeller gjennom inkrementelle beslutningsprosesser.

## Romeriksprosjektet

I 2009 utlyste Helsedirektoratet midler til utprøving av henholdsvis ACT-team og «modeller for organisatorisk forpliktende samhandling». Slike lokale modeller sto man relativt fritt til å prøve ut tilpasset lokale forutsetninger. En grunn for at disse modellene skulle utvikles var at kravene til kompetansesammensetning og nærhet til pasientene som ACT-modellen innebar ikke kunne implementeres i alle deler av landet. Prosjektene skulle ha en varighet på 3-5 år.

Representanter fra Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og aktuelle kommuner var høsten 2008 samlet til en idédugnad om mulige tiltak og samarbeidsmodeller. Til å arbeide med utformingen av prosjektet ble det etablert en arbeidsgruppe med representanter fra sju utvalgte kommuner; Skedsmo, Rælingen, Fet, Gjerdrum, Ullensaker, Eidsvoll og Nannestad, samt Lillestrøm DPS, Jessheim DPS, FoU-avdelingen i Divisjon for psykisk helsevern, Ahus, og representanter fra Mental Helse Akershus og Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO). Det ble innledningsvis planlagt å etablere et ACT-team på Nedre Romerike og en forpliktende samhandlingsmodell på Øvre Romerike. Planene ble etter hvert endret til utprøving av en modell for «organisatorisk forpliktende samhandling» både på Øvre og Nedre Romerike.

Prosjektet «Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike»

(«Romeriksprosjektet») har siden oppstarten i april 2010 arbeidet med å iverksette et systematisk og forpliktende samarbeid mellom de syv kommunene, to distriktspsykiatriske sentra (DPS-er) og to ruspoliklinikker innen Divisjon for psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus HF. Prosjektet omfatter to delprosjekter for henholdsvis Øvre og Nedre Romerike, men drives som et fellesprosjekt (Akershus HF prosjektbeskrivelse 2009).

Målet for prosjektet er å gi mennesker med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusproblemer, kognitiv svikt mv. et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud. (Akershus HF Prosjektbeskrivelse 2009). Det heter i prosjektbeskrivelsen at modellen forutsetter at prosjektet skal styrke samhandling i *de eksisterende driftsorganisasjoner*, og at prosjektet derved er et virkemiddel (blant andre) for å skape varige samhandlingsformer. Dette forutsetter at en gjennom prosjektet vil få ny kunnskap om hvordan modellen kan skape forankring for slike nye samhandlingsformer. En annen tolkning av målene med prosjektet, som er noe mindre ambisiøs men kanskje mer realistisk, er at prosjektet *«skal prøve ut samhandlingsmodell(er), og på dette grunnlag – i siste fase i prosjektet – levere et forslag til hvordan modeller for økt samhandling skal utformes på en noe bredere basis enn prosjektet selv, ved å sammenlikne effektene av modellen med andre modeller som vil være evidensbasert slik forskningen frembringer»* (Akershus HF Prosjektbeskrivelse 2009:2).

Basis i den samhandlingsmodellen som prosjektet utviklet, var samhandlingsgruppene. Dette var en felles møteplass mellom de ulike aktørene, det vil si ulike kommunale tjenester og spesialisttjenestene representert ved deltakere fra både DPS og ruspoliklinikk. Hvem som skulle representere de ulike aktørene ble for en stor del overlatt til samhandlingsgruppene selv å avgjøre.

## Datasamling

Ved valg av metode er det en rekke forhold som må vurderes. I helsesektoren er det etter hvert blitt et økende press på at gyldig forskning skal dokumenteres gjennom randomiserte kliniske studier (Ramsdal 2009). Forutsetningen for at slike metoder skal kunne benyttes er at

det er mulig å isolere ulike prosesser fra hverandre slik at man kan identifisere en klar sammenheng mellom årsak og virkning. Vår organisasjonsteoretiske bakgrunn gjør at vi er mer opptatt av å se på hvilke konsekvenser de ulike måtene å organisere samarbeidet i psykisk helsearbeid har for beslutningsprosessene om innholdet i tjenestene enn å fokusere ensidig på behandlingsresultater. Evalueringen er basert på et relativt omfattende datamateriale: saksdokumenter, intervjuer og observasjoner på møter i prosjektet. Dokumentene vi har analysert dreier seg om et par tusen sider, vi har foretatt 19 semi-strukturerte intervjuer med deltakere i prosjektet, og vi har hatt anledning til å delta som observatører på prosjektmøter der vi har ønsket det. Foreløpig rapport har vært presentert for styringsgruppen og andre aktører i prosjektet ved flere anledninger, der vi blant annet har testet ut noen av de synspunkter og vurderinger vi har kommet frem til (Ramsdal og Hansen 2012).

Alle intervjuene ble tatt opp med en digital opptaker og overført til en PC med programmet Olympus DSS Player. Det programmet gir oss en rekke muligheter for å navigere oss frem og tilbake i lydfilene. Vi analyserte derfor intervjuene direkte fra lydfilene, en metode som vi mener gir muligheter for å fange opp mer av samtalen enn det vi bare kan få ut av en transkribert tekst (Hansen 2007). Selv om analysen ble foretatt direkte fra lydfilene, så ble den gjennomført ved at vi ved gjennomhøring av intervjuene bearbeidet det vi hørte med meningsfortetning, koding og kategorisering i et tilrettelagt skjema (Miles & Hubermann 1994). Analysen av de dataene vi har benyttet i denne artikkelen tar utgangspunkt i en forenklet modell av det Lemiere & al (2012) kaller «The Relevant Explanation Finder». Denne analysemetoden bygger på at man identifiserer mekanismer, alternative forklaringer og påvirkningsfaktorer. På denne måten finner man frem til hvorvidt de aktuelle resultatene kan forklares med de teoriene man bygget antagelsen på, og om antakelsen om at tiltaket bidro til de konkrete endringene, kan sannsynliggjøres. På bakgrunn av vår problemstilling har vi i analysen vært opptatt av å identifisere inkrementelle beslutningsprosesser og sett hvordan disse har ivarett utfordringene knyttet til "wicked problems"

## **Erfaringene med samhandlingsgruppene – datapresentasjon og drøfting**

Analysen av de dataene vi har samlet inn, viste at vi kunne identifisere inkrementelle prosesser på to nivåer. For det første var det tydelig at det å følge opp brukerne i prosjektet krevde at man aksepterte at tilbudene var i konstant endring. Dette er i tråd med de hypoteser vi tok utgangspunkt i – dette kommer vi mer tilbake til etter hvert. Først skal vi se nærmere på en annen type "wicked problem" som deltakerne måtte forholde seg til – innhold og arbeidsform i samhandlingsgruppene.

### **Samhandlingsgruppenes innhold og arbeidsform**

Utgangspunktet for samhandlingsgruppene var en beskrivelse av organisering og arbeidsformer. Deltakerne i samhandlingsgruppene hadde på forhånd likevel et uavklart bilde av hva de skulle gjøre der og hvordan. Et vanlig krav til et team er at det bygger på klare mål og har en klar og tydelig ledelse. Hva som er teamets oppgaver, hva det skal gjøre og hva det skal oppnå må være relativt entydig formulert. Alle deltakerne må ha forståelse og respekt for disse målene. Målene må dessuten følges opp av en leder som både er bevisst på hva teamet skal oppnå og som har evner og autoritet nok til å sørge for at teamet følger opp disse målene (Reeves & al 2010). Tilbakemeldingene fra deltakerne viser at dette nok var en klar utfordring for prosjektet:

*Det var en lang prosess for å finne fram til samhandlingsgruppas rolle.*

*Spørsmålet er hva skal vi gjøre, hva er målet og hva er nytt i forhold til de andre samarbeidsarenaene vi har?*

*Jeg ble pålagt å delta i prosjektet for ingen viste helt hva vi skulle delta der for og hva som var hensikten med å delta i samhandlingsgruppene.*

Noen av deltakerne som hadde deltatt på forhånd i utforming av prosjektet, var mer bevisste på hva de forventet av samhandlingsgruppene enn de som kom inn i prosjektet senere. Likevel er det vår klare oppfatning at målsettingen med prosjektet ikke var tydelig for de fleste deltakerne i samhandlingsgruppene før etter en tid og at gruppene på den måten selv fikk et medansvar for å utforme målsettingene for hver enkelt gruppe. Innholdet i samhandlingsgruppene har dermed blitt et resultat av at samhandlingsgruppene har vært en beslutningsarena hvor deltakerne har bidratt med sine problemstillinger og aktuelle løsningsalternativer (March & Olsen 1976).

Når det gjelder utforming av samhandlingsgruppene fikk hver gruppe selv stor frihet til å velge hvem de ville inkludere i gruppen og hvordan de ville jobbe. Kolko (2012) peker på at en måte å tilnærme seg "wicked-problems" er en vekselvirkning mellom data, analyse og erfaringer med de tiltakene man prøver ut, slik at beslutningsprosessen blir mer sirkulær enn lineær. I begynnelsen møttes samarbeidsgruppene en gang i uken, og det tok opp mot et år før gruppene fikk satt seg og fant en arbeidsform som fungerte. Gjennom en inkrementell utforming av mål og arbeidsprosesser i samhandlingsgruppene har man kommet frem til en modell som fungerer. Man har akseptert at utforming av en fungerende samhandlingsarena er et "wicked-problem" som krever at løsninger prøves ut og evalueres underveis til man kommer frem til en akseptabel løsning.

## **Forholdet til ansvarsgrupper**

Det var ikke bare arbeidsordningen innad i samhandlingsgruppen som var uklart for gruppe medlemmene. I utgangspunktet er det gjennom etablering av ansvarsgrupper og utarbeidelse av individuelle planer (IP) en forutsetter at en skal legge grunnlag for et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Det viser seg imidlertid at ordningen med IP og ansvarsgrupper har så langt ikke fungert tilfredsstillende for denne målgruppen (Hansen 2007, Holum 2012). Dette bekreftes av deltakerne som er intervjuet i dette prosjektet.

*Det er mulig at det ikke hadde vært behov for samhandlingsgruppene hvis ansvarsgruppene hadde gjort jobben sin – men IP og ansvarsgrupper har ikke fungert, flere av pasientene hadde ikke ip og ansvarsgruppe da prosjektet startet opp.*

Denne erfaringen er likevel ikke generell, en annen av informantene beskrev situasjonen slik:

*Vi skal ikke være ansvarsgruppe – det er der vi strever litt. Vi blir et ekstra ledd, men ansvarsgruppene fungerer bra for mange pas. Hvorfor skal vi da kontrollere det som fungerer?*

Uansett hvilke erfaringer man har med ansvarsgrupper og IP, så er det klart at samhandlingsgruppene må forholde seg til ansvarsgruppene. En av informantene tydeliggjorde denne problemstillingen med følgende uttalelse:

*Den største utfordringen for prosjektet er at samhandlingsgruppene er kommet i tillegg til – ikke i stedet for noe annet.*

Underveis har samhandlingsgruppene måttet avklare sitt forhold til ansvarsgrupper og forholde seg til allerede eksisterende IP'er. Det var i utgangspunktet uklare føringer på forholdet mellom ansvarsgrupper og samhandlingsgruppene, bortsett fra at prosjektplanen forutsatte at alle brukerne hadde en IP og en ansvarsgruppe. Utfordringene med å avklare forholdet til ansvarsgruppene er løst noe ulikt mellom samhandlingsgruppene. Det er delvis et resultat av at erfaringene med ansvarsgruppene var ulike allerede i utgangspunktet og delvis om at de erfaringene som ble gjort varierte mellom samhandlingsgruppene. Etter hvert ser vi at flere av gruppene har tilpasset seg og fått en tydeligere kobling til ansvarsgruppene. Noen av samhandlingsgruppene har løst dette ved å ta med koordinatorene fra ansvarsgrupper på møter i samhandlingsgruppen. Dette kan gjøres både etter initiativ fra koordinatoren for eksempel for å få løst utfordringer som ikke lar seg løse i ansvarsgruppen, eller det kan gjøres på initiativ fra samhandlingsgruppen, for eksempel for å sikre seg at ansvarsgruppen følger opp slik samhandlingsgruppen ønsker. En annen måte er å sørge for at de som er tjenesteytere for de aktuelle pasientene er medlemmer i samhandlingsgruppen. En av avdelingene i spesialisttjenesten har valgt å fordele pasientene mellom terapeutene på grunnlag av geografisk tilhørighet. Det gir en mulighet for å la medlemmer med behandlingsansvar delta i samhandlingsgruppen. Tilbakemeldingene vi har fått er at det ser ut som om når deltakerne fra spesialisttjenesten er de som selv yter tjenester, så har de større handlingsrom til å finne pragmatiske løsninger i tråd med det samhandlingsgruppen ønsker. Erfaringene er nokså entydige på at det er når de tjenesteyterne som yter tjenestene til brukerne, selv samarbeider at man virkelig får til et konstruktivt samarbeid, slik man ser det i ACT-teamene (Burns 2010). Denne erfaringen er ikke et resultat av at man har adoptert prinsippene fra ACT-team, men det er altså en prosess der medlemmene i samhandlingsgruppene gjennom samarbeid både med hverandre og eksterne aktører prøver ut ulike løsninger slik Kolko (2005) anbefaler å tilnærme seg "wicked problems" på.

### **Samarbeid om helhetlige tjenestetilbud til brukerne**

Den andre utfordringen samhandlingsgruppene hadde, var å utforme helhetlige og individuelt tilpassete tjenestetilbud. Dette er egentlig en oppgave som skal løses ved hjelp av IP og ansvarsgrupper. For den aktuelle målgruppen har dette vist seg å være vanskelig (Hansen 2007, Holum 2012). En av utfordringene med "wicked problems" er at disse krever en tett oppfølging (Einstein 2007). En IP skisserer et fastsatt tjenestetilbud som skal gjelde til planen revideres, gjerne hvert halvår.

Samhandlingsgruppene jobber annerledes. De møtes stort sett hver annen uke og i møtene er den elektroniske tavlen sentral. En elektronisk tavle er et dataverktøy der status for hver av brukerne er ført inn. Her er to representative uttalelser:

*På møtene bruker vi den elektroniske tavlen til å gå gjennom situasjonen for hver enkelt pasient – vi får en statusoppdatering.*



*Nå bruker vi mest tid på å sjekke at de pas som er med i prosjektet får de tjenestene de har rett på. Det er viktig for oss å bruke den elektroniske tavlen.*

Samhandlingsgruppene har blitt en arena der deltakerne møtes jevnlig og kan tilpasse tjenestetilbudet til endringer i brukernes situasjon. Dette gir deltakerne en annen mulighet til å endre tjenestetilbudet i tråd med felles vurderinger enn det man har i ansvarsgrupper som møtes to til fire ganger i året. Samhandlingsgruppene er blitt faste kommunikasjonskanaler som gir grunnlag for et samarbeid om fleksible og tilpassete tjenester (Glouberman & Mintzberg 2001).

En annen interessant observasjon fra arbeidet i samhandlingsgruppene er at deltakerne understreker at det vises stor fleksibilitet i utforming av tiltak. Det er stor grad av pragmatisme når det skal avgjøres hvem som skal gjøre hva. Det er ikke fastlåste og autoritative beslutninger om hva som er riktig tjenestetilbud. Man tilnærmer seg ikke "wicked-problems" med faste "programmer" for hva som skal gjøres, men prøver å utvikle et helhetlig tilbud bygget på samarbeid mellom deltakerne (Roberts 2000).

Det er likevel ikke nok at man har etablert arenaer for samarbeid. Samarbeidet må bidra til at tjenestetilbudet utnytter kompetanse og forskjeller i de ulike tjenestene (Reeves 2010). Team settes sammen fordi medlemmene forventes å ha ulik kompetanse og ansvar. Team som er bevisste på hva som er hver enkeltes kompetanse og sterke sider, har bedre muligheter til å utnytte hverandres særpreg enn andre team. Det er tydelig at samhandlingsgruppene har vært viktige arenaer for å klargjøre hverandres roller og bidrag inn i et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. En av de som ble intervjuet oppsummerte dette på følgende måte:

*I utgangspunktet hadde vi to problemstillinger før prosjektet ble satt i gang. Det ene var at vi hadde uklare forventninger til hverandre – vi visste for lite om hverandres oppgaver og arbeidsmåte. I tillegg var det for dårlig informasjonsflyt. Prosjektet har langt på vei løst disse problemene.*

Vi ser også at man etter hvert har fått en god forståelse for at samarbeid også kan gjøre den enkeltes tjenesteyting bedre en annen uttalelse illustrere dette godt:

*Vi i spesialisttjenesten er helt avhengig av de i kommunen. De ser hvordan pasienten fungerer i hverdagen - vi ser dem gjerne ¾ time hver 14. dag. For at vi skal kunne gi et fornuftig tilbud trenger vi den informasjonen som de i kommunen kan i oss om hvordan pasienten fungerer.*

Dette ser vi på som uttrykk for en samarbeidsvilje - og en forståelse av hvor viktig dette er - som Romeriksprosjektet har vært med på å skape. Vi vet at mange av pasientene i den aktuelle målgruppen spiller en annen rolle i møte med spesialisttjenesten enn med hjelperne de møter i hjemmet (Almvik & al 2011). Vi tolker derfor dette som uttrykk for at den arenaen som prosjektet har skapt har bidratt til muligheter for å yte bedre helhetlige tjenester.

Kommunikasjon mellom teammedlemmene er en faktor som påvirker samarbeidet sterkt. Et element som kan være viktig i en kommunikasjonsprosess er status. Lik status gir et godt grunnlag for kommunikasjon, mens ulik status på grunn av faglig lagdeling eller organisatorisk hierarki kan gjøre det vanskeligere å få til en god kommunikasjonsprosess. På samme måte er det med gjensidig respekt og tillit. Har man tillit til det andre gjør og respekt både for deres handlinger og meninger, så gir det et godt grunnlag for samarbeid (Reeves & al 2010).

Samhandlingsgruppene har også hatt innflytelse på dette. To uttalelser illustrerer dette:

*Vi blir bedre kjent med kommunen, bedre kjent med de som jobber der – det blir lettere å ta kontakt og å komme i kontakt med rette personer.*

*Det er positivt å ha et sted og diskutere og få kjennskap til hva andre gjør – internt i kommunen, internt i spesialisttjenestene og mellom nivåene.*

En utfordring når man setter sammen en gruppe som ikke kjenner hverandre godt fra før, er at deltakerne gjerne spiller en rolle i tråd med de forventninger man tror de andre har (Goffmann 1992). I ansvarsgrupper har vi sett en rekke eksempler på at kommunikasjonen blir dårligere fordi deltakerne ikke kjenner hverandre godt nok (Hansen 2007). Dette kan skyldes både at man er redd for å avsløre seg selv og fordi man ikke vet hva andre står for (Goffman, op.cit.). I samhandlingsgruppene møtes deltakerne mye oftere og man blir bedre kjent slik at mulighetene for å få til en god og konstruktiv kommunikasjon der er mye bedre enn i en ansvarsgruppe. De dataene vi har samlet inn tyder på at deltakerne opplever samhandlingsgruppene som gode arenaer for samarbeid.

Vi ser her at samarbeidet om tjenestene til brukerne også utvikler seg gjennom en inkrementell prosess. Riktignok er bruken av elektronisk tavle "stjålet" fra ACT-team. Det er likevel samhandlingsgruppene selv som på bakgrunn av sine egne erfaringer kommer frem til at det er best at de som yter tjenestene er representert i samhandlingsgruppene. Utviklingen har også vist at tjenesteyterne må møtes jevnlig, de må utveksle erfaringer og de må ta et felles ansvar for et helhetlig tilbud. Dette er prinsipper som også er dokumentert gjennom forskning (Burns 2010, Reeves & al 2010). Likevel er dette konklusjoner som samhandlingsgruppene kommer frem til gjennom erfaring – ikke ved å adoptere eksisterende modeller. Interessant er det også å legge merke til at samhandlingsgruppene reduserer møtehyppigheten fra hver uke til hver annen uke. Man kommer altså gjennom erfaringer frem til at det ikke er nødvendig med daglige samarbeidsmøter slik det anbefales for ACT-team (Stein & Santos 1998). Gjennom en inkrementell prosess kommer man altså frem til en modell som er vesentlig mer kostnadseffektiv enn ACT-team.

## Oppsummering

Utgangspunkt for dette prosjektet var å finne frem til en samhandlingsmodell som var mer effektive enn ansvarsgrupper og mindre ressurskrevende enn ACT-team. Prosessen for å komme frem til en slik modell forankret de i en inkrementell prosess der modellen ble utviklet ved å tilpasse den de erfaringer man gjorde underveis – man løste utfordringene i tråd med de anbefalinger som gis for "wicked-problems" (Rittel & Webber, 1973, Einstein 2007). Det er også interessant at man på denne måten kommer frem til en modell som for en stor del ivaretar de prinsippene som Burns (2010) mener danner grunnlag for suksessen med ACT-team.

Et av utviklingstrekkene vi nå ser i helse- og sosialsektoren er at tiltak som iverksettes skal være forankret i evidensbasert dokumentasjon. Dette gjelder i dag også organisasjonsmodeller, og Kunnskapssenteret har derfor analysert det de kunne finne av vitenskapelige studier som beskriver effekter av ulike organiseringstiltak for tjenester innen psykisk helsevern. Konklusjonen var at det ikke foreligger vitenskapelig dokumentasjon som

kan gi grunnlag for anbefalinger om organiseringen av psykisk helsevern (Forsetlund, Lidal & Austvoll-Dahlgren 2012). De organisasjonsteoretiske perspektiver vi har presentert foran tilsier at vi har vanskelig for å se at det kan være fornuftig å lete etter standardiserte organisasjonsmodeller for denne sektoren. Vi legger til grunn at hva som er hensiktsmessig organisering av et tjenestetilbud påvirkes blant annet av oppgaver, ressurser og samspill med omverden (Scott 1981). Internasjonale standardiserte modeller – også kalt superstandarder – fungerer stort sett først etter at de har fått en lokal tilpasning (Røvik 1998). Romeriksprosjektet viser at en hensiktsmessig vei å gå også kan være å satse på lokale utviklingsprosjekter. Vi ser at samhandlingsgruppene selv har klart å utvikle en modell der tjenestene bygger på de samme prinsippene som det Burns (2010) mener er suksessfaktorer. Gruppene kommer også frem til på bakgrunn av sine egne erfaringer at disse prinsippene kan ivaretas med en møtehyppighet på hver annen uke. Dette lokale utviklingsprosjektet har derfor gjennom å forholde seg til at utforming av tjenestetilbud for denne målgruppen er et "wicked problem" som må løses ved hjelp av en inkrementell prosess, kommet frem til en samarbeidsmodell som er vesentlig mer kostnadseffektiv enn ACT-team. Etter vår mening viser dette at systematisk utvikling av lokale organisasjonsmodeller er et interessant alternativ til å importere standardiserte organisasjonsmodeller som er utviklet i helt andre sammenhenger enn de man møter i Norge.

## Referanser

- Hansen, G V (2007): *Samarbeid uten fellesskap – om individuelle planer* Aakerholt A (2013): *ACT-håndbok*, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF
- Abbott, A. (1988): *The System of Professions*. The University of Chicago press, Chicago.
- Akershus HF (2009) Prosjektbeskrivelse: Utvikling av organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller innen psykisk helsefeltet.
- Almvik, A., Sagsveen, E., Olsø, T.M., Westerlund, H. og Norvoll, R. (2011) Å lage farger på livet til folk. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*.
- Australian Government – Australian Public Service Commission (2007): *Tackling Wicked problems. A Public Policy Perspective*, Contemporary Government Challenges.
- Burns, T., Catty, J. & C. Wright (2006): Deconstructing home-based care for mental illness: can one identify the effective ingredients?; *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 2006: 113 (Suppl.429): 33-35
- Burns, T. A. Fioritti, F. Holloway, U. Malm & W. Rössler, W. (2001): Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services*; Vol 52, No 5; 631-636.
- Burns, T. (2010): The rise and fall of assertive community treatment? *International Review of Psychiatry*, 22 (2): 130-137
- Chinman, M., Allende, M., Bailey, P., Maust, J. & Davidson, L. (1999). Therapeutic agents of Assertive Community Treatment. *Psychiatric Quarterly*, 70(2), 137-162.
- The Cochrane Collaboration (2010): *Assertive community treatment for people with severe mental disorders* (Review 2010) Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- Einstein S (2007): Substance Use(r) Treatment and health Disparities: Some Considerations or An Askance Look at Institutionalized Substance Use(r) Intervention Disparities, *Substance Use & Misuse*, 42:671-686
- Evjen, R. Øiern, T. og Boe Kielland (2012) *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*, Universitetsforlaget.

- Forsetlund L, Lidal IB, Austvoll-Dahlgren A. (2012): *Effekter av ulike organiseringstiltak for tjenester innen psykisk helsevern.*, Rapport fra Kunnskapssenteret nr 05-2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten,
- Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001): "Managing the Care of Health and the Cure of Diseases—Part I & Part II", i *Health Care Manage Rev*, 2001, 26(1), 56–92, 2001 Aspen Publishers, Inc.
- Hannigan, Ben og Michael Coffey (2011): Where the wicked problems are: The case of mental health. *Health Policy* 101 (2011) 220 – 227. Elsevier.
- i *kommunalt psykisk helsearbeid*, Karlstad University Studies 2007:15
- Hansen, G V (2013): Hjemmet som basis for psykisk helsearbeid *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2013:2
- Helse- og omsorgsdepartementet: Samhandlingsreformen (St.m. nr. 47 2009-2010)
- Helse- og sosialdepartementet: St.m. nr. 25 («Åpenhet og helhet»1976 – 1977).
- Helsedirektoratet: IS-1948. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse -- ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling. 2012.
- Helsetilsynet (2000) Veileder i Koordinering av psykososialt arbeid (KPA), Rapport 2: 2000).
- Holum 2012: "It is a good idea, but..." A qualitative study of implementation of "Individual Plan" in Norwegian mental health care, *International Journal of Integrated Care*, vol 12, March 2012
- Killasby, H. et al (2006): The REACT-study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ*; 332;815-820; originally published online 16. Mar 2006; doi:10.1136/bmj.38773.518322.7C.
- Kolko, Jon (2012): Wicked Problems: Problems Worth Solving. *Stanford Social Innovation Review*, Austin Center for Design.
- Krupa, T., Eastabrook, S., Hern, L., Lee, D., North, R., Percy, K., Von Brieson, B. og Wing, G. (2005) How do people who receive Assertive Community Treatment experience this service? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29 (1), 18–24.
- Lang, M. A., Davidson, L., Bailey, P. & Levine, M. S. (1999). Clinician's and clients' perspectives on the impact of Assertive Community Treatment. *Psychiatric Services*, 50(10), 1331-1340.
- Leiphardt, L. & Barnes, M. (2005) *The Client Experience of A Sensitive Community Treatment: A Qualitative Study*. *Psychiatric Rehabilitation Journal* Vol. 28, 4/3 2005.
- Lemire S T, Nielsen S B and Dybdal L (2012) Making contribution analysis work: A practical framework for handling influencing factors and alternative explanations *Evaluation* 2012 18: 294
- March, J.G. (1994): *A Primer on Decision Making. How Decisions Happen*. New York: The Free Press
- March, James &g Johan P. Olsen (1976): *Ambiguity and Choice in Organizations*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Marshall, Gray, Lokwood & Grey (1998): *Case management for people with serve mental disorders*, The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2
- Marshall, M & Lokwood A (1998): *Assertive community treatment for people with serve mental disorders*, The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2
- Mintzberg, H. (1994). Rethinking Strategic Planning- Part. I Pitfalls and Fallacies, *Long Range Planning* Vol. 27. No. 3, 12–21, 1994
- Muir Gray, J. A. (2001): *Evidence-based Healthcare – How to make Health Policy and Management Decisions*. Churchill Livingstone.

- | Nelson, G. (2010): Housing for People with Serious Mental Illness: Approaches, Evidence, and Transformative Change, *Journal of Sociology & Social Welfare*, Volume XXXVII, Number 4
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011): What Works for Whom: Tailoring Psycho-therapy to the Person. *Journal of Clinical Psychology*, In Session, 67 (2), 127-132
- Oliver, P. C., Piachaud, J., Tyrer, P., Regan, A., Dack, M., Alexander, R., Bakala, A., Cooray, S., Done, D. J. and Rao, B. (2005), Randomized controlled trial of assertive community treatment in intellectual disability: the TACTILD study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49: 507–515. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00706.x
- Onyett, S. (1998) *Case management in Mental Health*. Stanly Thornes (Publishers) ltd.
- Ramsdal, H. (1996) *Kan psykiatrien reformeres innenfra? Evaluering av Prosjekt Psykiatri. Høgskolen i Østfold, Rapport 1996:3.* (303 s.)
- Ramsdal H (2009): Fra kunnskap til organisatorisk praksis. I: Terum & Grimen: *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Abstrakt forlag 2009
- Ramsdal, H & Hansen, G.V. (2012): *Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike («Romeriksprosjektet»)*. Underveisevaluering. Høgskolen i Østfold, Oppdragsrapport 2012:2
- Redko, C., Rapp, R. C., Elms, C., Snyder, M., & Carlson, R. G. (2007). Understanding the Working Alliance Between Persons with Substance Abuse Problems and Strengths-Based Case Managers. *Journal Of Psychoactive Drugs*, 39(3), 241-250
- Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M (2010): *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*, Oxford Blackwell Publishing Ltd.
- Rittel, H. og M. Webber (1973): Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences Vol 4*, pp 155 – 169. Elsevier Scientific Publishing Company, Inc. Amsterdam.
- Roberts, N.C. “Wicked Problems and Network Approaches to Resolution.,” *The International Public Management Review.*, Vol. 1, 1 (2000).
- Roberts, N.C. “Wicked Problems and Network Approaches to Resolution.,” *The International Public Management Review.*, Vol. 1, 1 (2000).
- Stein L, & Santos (1998). *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*. W.W. Norton, 1998.
- Scott W R (1981): *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*, Prentice Hall
- Timmermanns, Stefan & Berg, Marc (2003). *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Temple University Press.
- WHO (2010): Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice.